

Al Dirigente Scolastico della scuola

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....
e Sig..... nato a.....il.....,
residenti a.....via.....
genitori dell'alunno/a nato il.....a.....
frequentante per l'anno scolastico.....la scuola.....
classe....., sez....., sita in Roma, via..... recapito telefonico
....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il
percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità,
richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e
penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte
delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati
personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del
minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni
connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede
I genitori